

Rainer Müller (2001): Vortrag und Einführung in das Thema und seine Relevanz für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Workshop „Arbeit, Leib und Biographie – Riskierte Leiblichkeit im alten und neuen kulturellen Modell, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen, 22.05.2001

## **Arbeit, Leib und Biographie – Riskierte Leiblichkeit im alten und neuen kulturellen Modell**

Relevanz des Themas für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften

Riskierte Leiblichkeit kann meinen, dass unser Körper bzw. Leib ein Risiko für uns sein kann, wir also als Person unseren gesellschaftlichen Verpflichtungen nicht hinreichend oder gar nicht mehr Genüge tun können. Es kann ebenso bedeuten, dass wir unseren Körper bzw. Leib riskieren, um Aufgaben bzw. Herausforderungen bei der Existenzsicherung im Lebensverlauf nachkommen zu können. Existenzsicherung geschieht in unserer Marktgesellschaft über Erwerbsarbeit. In dieser Ambivalenz von Risiko und Leiblichkeit, also bei der Erfahrung von Gefährdung, Schädigung und Krankheit, sind Konzepte von Gesundheit und Sicherheit angesprochen.

Sicherheit und Gesundheit wurden in der Ausbildung der Industriegesellschaft in den vergangenen 150 Jahren zu normativen Konzepten, die gestaltende Kraft entfalteten. Sicherheit und Gesundheit wurden zu allgemein verbindlichen Lebens- und Verhaltensrichtlinien im privaten, öffentlichen und im privatwirtschaftlich betrieblichen Zusammenhang. Gesundheit wurde als Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit zur ausschließlichen Basis der Existenz lohnabhängiger Schichten und Gegenstand wissenschaftlicher Deutung der Physiologie, Hygiene und später der Soziologie und Psychologie, also der Disziplinen der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Mit der Erfindung des Homo oeconomicus wurde zugleich um 1900 der Homo hygienicus kreiert. In der Verpflichtung zur rationalen Lebens- und Betriebsführung wurden beide Konzepte miteinander verflochten.

Die Einsicht, daß Erwerbsarbeit und Gesundheit fundamental in einem Wechselverhältnis stehen, wurde zur grundlegenden Erkenntnis in der Ausgestaltung der westlichen Sozialstaaten in den letzten 120 Jahren. Denn individuelle und kollektive Wohlfahrt basiert auf der nachhaltigen Ausbildung und Pflege des Arbeitsvermögens als Teil des Humanvermögens.

Gesundheit kann in dieser sozialgeschichtlichen Verortung verstanden werden als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf in den je konkreten lebens- und arbeitsweltlichen Situationen, also als Kompetenz interpretiert werden, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umgehen zu können.

Dieser Definition von Gesundheit unterliegt stillschweigend die Vorstellung eines funktionierenden ständig verfügbaren normalen und leistungsfähigen Körpers bzw. Leibes. Gerade im arbeitsweltlichen Zusammenhang wird in Betrieben stillschweigend die permanente Verfügbarkeit eines funktionierenden Körpers vorausgesetzt. Betriebliche Leistungs- und arbeitswissenschaftliche Konzeptionen zur Ermittlung von Lohn und Leistung unterstellen eine prinzipiell verfügbare Normalleistung.

Bei der angesprochenen Definition von Gesundheit wird deutlich, daß der Gesundheitsbegriff nicht von Wertvorstellungen über Person bzw. Individuum und Gesellschaft zu trennen ist. Der Gesundheitsbegriff verknüpft die Welt der Natur, also das Biologische mit der Welt der Gesellschaft, d.h. mit dem Handeln und den Normen bzw. Werten und kulturellen Mustern von Personen bzw. Gruppen. In der viel zitierten Definition der Weltorganisation kommt dieser Zusammenhang zum Ausdruck, wenn es heißt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mit dem Gesundheitsbegriff wird also das Biologisch-Körperlich-Leibliche und zugleich das Normative, Wertende für das soziale Handeln, also das Tätigsein von Personen im gesellschaftlichen Kontext angesprochen (Labisch 1992).

Gesundheit, d.h. physische, psychische und soziale Leistungsfähigkeit wurde im Verlauf der Entwicklung der modernen Industriegesellschaften, gerade in der heutigen Postmoderne, zur einzigen gültigen Konstante für uns Menschen, erst recht für eine Gesellschaft, in der die überwiegende Mehrheit nicht mehr an ein ewiges Leben nach dem Tode glaubt. Gesundheit wird sowohl als individuelles, privates als auch als öffentlich-allgemeines Gut angesehen. Dieser Doppelaspekt, nämlich ein privates und zugleich ein öffentliches-meritorisches Gut zu sein, macht die Grundauffassung von Public Health aus. Öffentliche Gesundheit kommt implizit in allen gesellschaftlichen Teilbereichen vor, sei es Bildung, Erwerbsarbeit, Familie, Verkehr, Ernährung oder städtisches Leben. Gesundheit wird folglich von Aspekten von Macht und Herrschaft, von Interessen und Konflikten durchdrungen. Gesundheit unterliegt also politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen. Dies gilt eben auch für den Bereich Gesundheit und Erwerbsarbeit. Die politische Durchsetzung von Public Health in Private Company, also die Feststellung von öffentlicher, sozialstaatlicher Verantwortung auch im privatwirtschaftlichen Betrieb, ist die Geschichte des Arbeitsschutzes. Die Risiken der industriellen Welt mit ihren gesundheitlichen Schädigungen und Zerstörungen wurden historisch betrachtet etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts als gravierendes Problem wahrgenommen sowie thematisiert und Gegenstand staatlicher bzw. parastaatlicher Regulationen und Intervention mit dem Ziel Gesundheitsschutz und Sicherheit.

Public Health geht der uralten Frage nach den Bedingungen eines guten Lebens nach und eben dies unter den Bedingungen der Marktökonomie. Wie sollte Erwerbsarbeit gestaltet sein, damit ein gesundes, sicheres und sozial angemessenes Leben möglich ist. Public Health als Theorie und Praxis setzt sich mit der eingangs angesprochenen Ambivalenz von riskierter Leiblichkeit auseinander und fragt, über welche Maßnahmen, in welcher institutionellen Regulierung und Steuerung und bei wie geklärter Verantwortlichkeit sowohl bei gestörter Leiblichkeit, also Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, Gesundheit wieder hergestellt werden kann bzw. durch Sach- und Finanzleistung die Existenz, also der soziale Status aufrecht erhalten werden kann. Public Health fragt ebenso bei geschädigter Leiblichkeit, also im Falle von Arbeits- bzw. berufsbedingten Erkrankungen danach, welche Konsequenzen für Kuration, Kompensation und Prävention zu ziehen sind.

Public Health wird als ein soziales und politisches Konzept verstanden, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Arbeits- und Lebensqualität von ganzen Bevölkerungsgruppen abzielt. Eine ökologisch orientierte Public Health-Konzeption betont die Gemeinsamkeiten im Streben nach Gesundheit und einer nachhaltigen Entwicklung (sustainable

development, Rio-Konferenz 1992). Bei der Definition von Nachhaltigkeit besteht Konsens in folgenden Punkten:

- Gerechtigkeit innerhalb einer und zwischen den Generationen,
- internationale Gerechtigkeit,
- Abstimmung zwischen sozialen, ökonomischen und ökologischen Interessen,
- Beteiligung aller gesellschaftlichen Gruppen am Prozeß der Strategiefindung und -umsetzung.

Public Health und nachhaltige Entwicklung meint deshalb nicht nur Schadensbegrenzung und –reparatur, sondern in einer ökonomischen Terminologie gefaßt, dauerhafte Erhaltung von Human-, Real- und Naturkapital als Quelle von Einkommen und damit Wohlfahrt auch für nächsten Generationen. Sicherung von Human- und Arbeitsvermögen gewährleistet also Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Produktivität. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeit und Maßnahmen von Gesundheitsförderung erhalten von daher ihre ökonomische Begründung in volkswirtschaftlicher wie auch betriebswirtschaftlicher Bilanzierung.

Soziale Sicherheit gegenüber riskierter Leiblichkeit meint im deutschen bzw. europäischen Kontext die staatliche Gewährleistung sozialer Rechte, wie sie zum ersten Mal in der allgemeinen Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte der Vereinten Nationen von 1948 und ebenso in der Europäischen Sozialcharta von 1961 als Ergänzung zu den bürgerlichen (ökonomischen) und politischen Rechten des Staatsbürgers formuliert worden sind.

Die sozialstaatliche Verantwortung zielt auf Inklusion, also auf soziale Integration, auf Teilhabe jeder Person als Mitglied eines gesellschaftlichen Zusammenhangs auf körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz). Jede Person muß danach Zugang zu allen Funktionskreisen der Gesellschaft erhalten können, so zum Recht, zum Bildungssystem, zur Gesundheitsversorgung, zur Möglichkeit der eigenen Familiengründung wie auch zum Wirtschaftsleben (Kaufmann 2000, S. 176).

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in diesem Verständnis also relevante Aufgaben sozialstaatlicher Politik, nämlich der Gewährleistung der Reproduktion von Humanvermögen und dem Arbeitsvermögen als Teil davon. Der größte Teil der Reproduktion von Humanvermögen findet in privaten Haushalten, also der Familie statt. Für die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens sind Bildungseinrichtungen und konkrete berufliche Tätigkeiten die entscheidenden Orte, d.h. Humankapitalbildung findet im Verhältnis von privaten Haushalten (Familie), Wirtschaft/Betrieb (Markt) und Staat statt.

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in ihrer Begrifflichkeit wie auch in der praktischen Ausgestaltung durchaus aufeinander bezogen. So u.a. über Verständnisse und Maßnahmen von Schutz gegenüber Gefahren z.B. der Arbeitswelt oder bei Hilflosigkeit im Falle von Armut, Krankheit oder Alter. Sozialpolitische Maßnahmen bewirken Sicherheit, wenn die Schutzfunktion zuverlässig erfüllt wird und das subjektive Sicherheitsgefühl des Geschützten erhöht und sein Vertrauen in die schützende Institution gestärkt wird.

Soziale Sicherheit und Gesundheit ist gemeinsam, wie gesagt, der Doppelaspekt von privat bzw. individuell und öffentlich bzw. gesellschaftlich. Sicherheit und Gesundheit

sind sowohl private als auch öffentliche Güter. Für öffentliche Güter gilt, daß sie nicht als Waren über Marktprozesse zu realisieren sind, sondern der öffentlichen Bereitstellung und des gesamtwirtschaftlichen Denkens und Handelns bedürfen.

Das Verhältnis von Arbeit/Erwerbsarbeit, Leib und Biographie hat in der Deutung der angesprochenen Ambivalenz riskierter Leiblichkeit seine je zeitgenössische Ausgestaltung. Im Thema unserer Veranstaltung wird dies zum Ausdruck gebracht, wenn vom "alten und neuen kulturellen Modell" gesprochen wird. Das alte Modell wird als Maschinen- und Kraftmodell des männlichen Industriearbeiters apostrophiert. Gegenstand wissenschaftlichen Interesses wurden diese "Industriekörper" in der Ambivalenz von riskierter Leiblichkeit als geschädigter Organismus durch Unfälle und Berufskrankheiten für Pathologie und Toxikologie und als störanfällige Organismus Gegenstand für eine physikalisch-chemische Betrachtungsweise der Leistungsphysiologie sowie als zu erziehender widerspenstiger Leib mit seinem Eigensinn, als ein zu konditionierender Körper, später Gegenstand der Psychologie und Soziologie in der tayloristischen Arbeitswissenschaft.

Das neue kulturelle Modell im Wechselspiel von Arbeit, Leib und Biographie betont in der klassischen dualistischen Perspektive von Körper und Geist die kognitiven bzw. emotionalen Dimensionen von riskierter Leiblichkeit und dies ebenso, wie gesagt, in der Ambivalenz von geschädigt versus therapiebedürftig bzw. störanfällig versus konditionierungsbedürftig.

Die Durchdringung von Informations- und Kommunikationstechnologie fast aller Arbeitsfelder mit der starken Zunahme von personaler und nichtpersonaler Dienstleistungsarbeit bei zugleich auftretender Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierung der Erwerbsarbeit, auch als systemische Rationalisierung in und zwischen den Betrieben bzw. selbständigen Personen beschrieben, setzt auf die geschlechts- und körperlosen Geistes- und Gemütsarbeiter. Allerdings läßt sich eine Ungleichzeitigkeit riskierter Leiblichkeit zwischen alten und neuen kulturellen Modellen beobachten.

Zum Thema riskierte Leiblichkeit in der ambivalenten Doppelung kann jeder von uns aus eigener Erfahrung berichten, daß nämlich zwischen der eigenen Erwerbs- bzw. Arbeitsbiographie und der eigenen Gesundheit ein Zusammenhang besteht; denn wir haben im Laufe unseres Lebens am eigenen Körper - besser müßte ich sagen am eigenen Leib - spüren können, daß Arbeitsfähigkeit von unserem leiblichen Befinden abhängig war und ist und unser gesundheitliches Befinden wiederum von der getanen Arbeit positiv wie auch negativ beeinflusst wird.

Wir erleben diesen Zusammenhang täglich in unserem Tätigsein. Synchron zu unserem biologischen Tagesrhythmus sind wir morgens meistens leistungsfähig und abends nach getaner Arbeit müde, erschöpft und erholungsbedürftig, einige dennoch befriedigt und zufrieden und voller Produzentenstolz, andere resigniert, entmutigt, gekränkt, unbefriedigt und unzufrieden. Erfahren wird diese Koppelung von Arbeit und Gesundheit, also Tätigsein und Befindlichkeit, nicht nur im täglichen, sondern ebenfalls im lebenszeitlichen Rhythmus des Erwachsenwerdens, des Älter- und Altwerdens. Es gehört also zu unseren lebenspraktischen Erfahrungen, daß Arbeit und Gesundheit an unsere Leiblichkeit gebunden ist. Leiblichkeit soll dabei nicht als Konstituierung eines „Nur-Körpers“ (Rittner 1982), wie er als Objekt der Biomedizin angesehen und behandelt wird, sondern als die lebenspraktische Einheit der organischen, seelischen,

geistigen und sozialen Ebenen unseres eigenen Selbst verstanden werden. Die Integration dieser Ebenen leisten wir durch unsere Auseinandersetzung mit der Umwelt, wobei Arbeit eine wesentliche Sphäre dieses Stoffwechsels zwischen der Eigenwelt und der Umwelt ist.

Die biographisch prozesshafte Integration der Ebenen des Physischen, des Psychischen und Sozialen läuft sowohl über die Sinne und die Sinnlichkeit des Leibes, als auch über die unseren Handlungen Orientierung gebenden alltagspraktischen Sinnstrukturen und Deutungsmuster. In diesem biographischen Prozeß bildet die Person ihre Sozialität und Subjektivität aus. Arbeit und Gesundheit werden von uns also über eine leibzentrierte Subjektivität erfahren und praktiziert. Zu unseren alltagsweltlichen Erfahrungen gehört eben auch, daß unser individuelles leibliches Selbstgefühl als Basis unserer Identität mit seinen Mustern von innerer und sozialer Kohärenz durch gesundheitliche Krisen und/oder instrumentalisierende risikohafte Arbeitsformen gefährdet werden kann. Unserem Kohärenzsinn wiederum liegt ein Gefühl des Vertrauens in uns selbst sowie eine Anerkennung durch andere - das können Personen oder auch Institutionen sein - zugrunde. Der Kohärenzsinn speist sich aus den Erfahrungen der eigenen Handlungsfähigkeit, der Gewißheit, sich selbst planend steuern zu können und unserer Fähigkeit, dem Leben einen Sinn geben zu können. Antonowsky hat es mit den Begriffen Machbarkeit, Vorhersehbarkeit und Sinnhaftigkeit umschrieben.

Zu unserer eingestanden oder auch eher ignorierten Gewißheit gehört, daß unsere Identitätsbildung auf fragiler Grundlage steht, unser subjektiv konkreter Leib, also unsere Gesundheit, ist immer verletzbar und sterblich. Er entfaltet in seiner rhythmischen Dynamik einen Eigensinn. Unter rein funktionalen Anforderungsmustern, wie z.B. Arbeitsdisziplin, wird er als störend oder auch manchmal als peinlich empfunden. Von daher wurde und wird er zum Objekt sozialer Normierung und Disziplinierung. Allerdings läßt er sich nicht so leicht als „biologischer Ballast“ entsorgen oder negieren, sondern betreibt in seinem Eigensinn und in seiner Abwehr bzw. seinen Bewältigungsmodalitäten seine „unterirdische“ Geschichte. So kommt es zu Kranken-, Erkrankungs- bzw. Krankheitsgeschichte.

In der Erwerbs- bzw. Arbeitsbiographie kommt also Subjektivität im Spannungsverhältnis von Arbeit mit leibgebundenen Formen der Identitätsbildung zum Ausdruck. In der Interpretation der Chiffre "riskierte Leiblichkeit" kann die Identität an einem gestörten, geschädigten und therapierten, aber ebenso an einem gesunden, trainierten und qualifizierten Leib gebunden sein.

Vom Begriff „Biographie“ wird in den Sozialwissenschaften ein Verständnis von Lebenslauf bzw. Lebensverlauf abgegrenzt. Hierunter werden eher äußere Strukturmomente, Fragen der sozialen Konstitution und Abfolgen von Statuspassagen verstanden. Im Titel unseres Sonderforschungsbereichs 186 „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien“ kommt dies zum Ausdruck. Der Lebensverlauf ist - wie gesagt - an leibliche, seelische Gesundheit gebunden. Gesundheit wiederum ist als Fähigkeit des Individuums zu denken, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umgehen zu können. Allgemein kann Gesundheit mit Leistungsfähigkeit übersetzt werden. Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der fundamentalen institutionellen Ordnung

marktwirtschaftlicher Gesellschaften. Das Überleben in seinen psycho-physischen und sozialen Dimensionen ist in diesen Gesellschaften an Einkommen, das heißt an Erwerbstätigkeit gebunden. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiederum setzt Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit voraus.

Gesundheit muß als relative Größe zwischen den Polen vollständigen Wohlbefindens und schwerer Krankheit angesehen werden. Mit dem Konzept der relativen Gesundheit wird zum Ausdruck gebracht, daß Gesundheit weniger eine körperliche Eigenschaft als vielmehr die Übereinstimmung zwischen Anforderungen und Handlungspotentialen darstellt.

Lebensläufe, d.h. in einer gesundheitlichen Perspektive als Kurven von Leistungsfähigkeit, können in der angesprochenen Perspektive als Reihen von Übergängen und Verweildauern beschrieben werden. Mit dem Statuspassagen-Konzept läßt sich der interaktive Aushandlungsprozeß zwischen biographischen Akteuren und Institutionen analysieren. Zeitmuster, Normen und Erwartungen werden in den Passagen von beiden Seiten wechselseitig thematisiert und strukturieren die Übergänge. Sozialstaatliche Institutionen regeln zahlreiche Übergänge zwischen Lebensphasen und -bereichen, gerade um die Erwerbstätigkeit herum. Sie haben Statuspassagen festgeschrieben und klare Zäsuren institutionalisiert. Es gibt nahezu keine Übergänge im Lebensverlauf, die nicht durch irgendeine Weise sozialpolitisch gerahmt wären: von der Geburt über die Statuspassagen ins Bildungssystem, in einen eigenständigen Haushalt, ins Erwerbssystem, in die Ehe, in Krankheit oder Arbeitslosigkeit und aus ihnen hinaus, wie auch der Übergang in den Ruhestand und letztlich in den Tod werden wir als Lebensläufer von Institutionen begleitet bzw. reguliert. Die Personen sind dabei aktiv Mitwirkende, die sich der Angebote und Optionen, z.B. des Bildungs- bzw. des Medizinsystems, bedienen, um ihren individuellen Lebenslauf zu organisieren und dabei ihrer Biographie einen konkreten historischen, sozialen und leiblich-lebendigen Ausdruck geben. Zwischen den Individuen und sozialstaatlichen Einrichtungen bestehen also interaktive Beziehungen, welche vom Einzelnen eine hohe Kompetenz der Selbststeuerung verlangt. Sozialpolitische Setzungen bieten für Personen und Berufsgruppen wie auch für Betriebe Strukturen und Anreize zur Organisation von Berufs- und Lebensverläufen. Gratifikationen und Sanktionen solcher Vorgaben werden von Bürgerinnen und Bürgern wie auch von Betrieben bei ihren Überlegungen und Handlungen ins Kalkül gezogen.

Am augenfälligsten ist ein solches Kalkül bei Betrieben und Beschäftigten bei der Frühverrentung. Betriebe wollen sich im Rahmen ihrer Rationalisierungsstrategien älterer und kranker Personen entledigen, Ältere und Leistungsgewandelte wiederum wollen dem gestiegenen Leistungsdruck und dem erlebten Arbeitsleid entkommen. Doch nicht nur bei der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, sondern auch bei Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen, wie ebenfalls bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation werden Lebensläufe, Berufskarrieren bzw. Arbeitsbiographien gesteuert, reguliert bzw. geprägt. Die Entscheidung über den Zugang zu den Sach- und Geldleistungen des Sozialversicherungssystems, also zu einem anderen sozialen Status, wird von einer Expertise abhängig gemacht. Die Expertenrolle haben hier Ärzte zugestanden bekommen. Sie fungieren als „Gatekeeper“; sie bewilligen oder verwehren Leistungen bzw. Gratifikationen oder den Status als z.B. Frührentner. Doch nicht nur Ärzte, sondern auch andere Professionen, die wir in unserem Fachbereich „Human- und Gesundheitswissenschaften“ aus- und weiterbilden, so die Fachkräfte der Pflegewissenschaft, der Psychologie, der Sozialarbeitswissenschaft wie auch der

Gesundheitswissenschaften wirken als Gatekeeper bzw. Lotsen von Lebensläufen bzw. Erwerbskarrieren. Sie klären auf, beraten, dirigieren, steuern und entscheiden und führen somit auf Bahnen, die gesellschaftlich oder institutionell eher erwünscht sind als andere.

Für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften und den sich darauf berufenden professionellen Experten bedeutet dies nun, sich mit der angesprochenen Ambivalenz riskanter Leiblichkeit theoretisch wie praktisch auseinanderzusetzen. Allerdings ist festzuhalten, dass unser gesichertes arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Wissen zu diesem Wechselverhältnis von Arbeit, Leib und Biographie bislang hinreichend nicht theoretisch konzeptioniert und analysiert worden ist. Hierzu bedürfte es eines interdisziplinären, fächerübergreifenden Dialogs mit einem theoretischen Konstrukt, das die Scharnierfunktion zwischen den naturwissenschaftlichen wie auch sozial- und geisteswissenschaftlichen Fächern ermöglicht und Hinweise für die Gestaltung von Arbeitswelten und ebenso für die Sach- und Dienstleistungen einer kurativen und präventiven Gesundheitssicherung ermöglicht.